



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE ESTANCIAS FORMATIVAS**  
**DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN**

**Médico Especialista**                       **Médico Residente\***  
*(marcar la casilla correspondiente)*

\*(En el caso de Médicos Residentes extranjeros: únicamente se aceptarán rotaciones autorizadas por el Ministerio Español de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Indicar año de Residencia: .....)

**DATOS PERSONALES:**

<b>Nombre y apellidos:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>DNI/Nº Pasaporte:</b>	<b>Fecha nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Código Postal:</b>	<b>País:</b>

**DATOS DE LA ROTACION SOLICITADA:** *(marcar la casilla correspondiente)*

<b>MÉDICO ESPECIALISTA/RESIDENTE:</b>	<input type="checkbox"/> Alto Riesgo Obstétrico
<input type="checkbox"/> Cirugía y ginecología endoscópica	<input type="checkbox"/> Medicina de la Reproducción
<input type="checkbox"/> Ginecología oncológica y mastología	<input type="checkbox"/> Diagnóstico ginecológico por la imagen
<input type="checkbox"/> Patología Cervical / Tracto Genital Inferior	<input type="checkbox"/> Ecografía obstétrico-ginecológica y D. Prenatal
<input type="checkbox"/> Suelo Pélvico	<input type="checkbox"/> Asesoramiento Genético
<b>PERIODO DE SOLICITUD DE LA ROTACIÓN:</b> .....	
<i>(especificar fecha (semana/mes/año))</i>	
<input type="checkbox"/> 1 semana	<input type="checkbox"/> 2 semanas
<input type="checkbox"/> 3 semanas	<input type="checkbox"/> 1 mes
<input type="checkbox"/> 2 meses	<input type="checkbox"/> 3 meses

**DATOS DE LA INSTITUCIÓN:**

<b>Institución/Hospital:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>
<b>Código Postal:</b>	<b>País:</b>
<b>Correo electrónico:</b>	<b>Teléfono:</b>
<b>Fecha:</b>	